Le Numéro : 15 CENTIMES — 11 Mai 1895. — 7 FRANCS par An

LA PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Samedi

ABONNEMENTS :
ris et Départements. . . . . 7 fr.
ranger. . . . . 10 fr.
s abonnements partent du commencement de chaque mois.

ADMINISTRATION :
EORGES CARRÉ, ÉDITEUR
3 RUE RACINE, Paris

DIRECTION SCIENTIFIQUE

F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Médecin des hôpitaux.
E. BONNAIRE, Accoucheur des hôpitaux.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
L. OLIVIER, Docteur ès sciences.
DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
M. LERMOYEZ, Médecin des hôpitaux.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à
M. LE Dr DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL

Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi
De 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

UMEUR DU CREUX POPLITÉ, par le professeur Tillaux. 169
SÉRUM ANTIDIPHTÉRIQUE EN OPHTHALMOLOGIE, par le Dr V. Morax. 170
ÉCANISME DES ACCIDENTS CONSÉCUTIFS AUX BRULURES, par H. Roger, agrégé 171
ÉDECINE PRATIQUE. Traitement chirurgical des adénopathies tuberculeuses (extirpation). . . 172
Injection rectale de créosote, d'iodoforme et de salol dans la tuberculose. 173
NALYSES DES TRAVAUX français et étrangers 173
A CURE MARINE DANS LA TUBERCULOSE PULMONAIRE, par V. Lalesque 173
CIÉTÉS SAVANTES FRANÇAISES. LXVI

FACULTÉ DE MÉDECINE

Actes de la Faculté.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 15 mai 1895, à 1 heure. — Mme DE TIKOMIFF : Formes cliniques de l'angine de poitrine et en particulier de la forme mixte ; MM. Potain, Strauss, Chauffard, Nétter. — M. RAYNAUD : Contribution à l'étude des lésions périarticulaires d'origine blennorrhagique ; MM. Strauss, Potain, Chauffard, Netter. — M. HULOT ; Injections d'origine cutanée chez les enfants ; MM. Hayem, Dujardin, Tuffier, Dejerine. — Mme BERNSTEIN : Contribution à l'étude clinique et embryotomie céphalique, MM. Pinard, Hayem, Tuffier, Dejerine. — M. RODRIGUEZ : De l'incision du cul-de-sac postérieur et du drainage paratérin dans les suppurations et hématomes pelviens ; MM. Pinard, Hayem, Tuffier, Dejerine.

Jeudi 16 mai 1895, à 1 heure. — M. FRANÇOIS : Thyrhus exanthématique ; MM. Laboulbène, Le Dentu, Nélaton, Marfan. — M. MACÉ : Etude sur les formes de l'érythème pernico ; M. Laboulbène, Le Dentu, Nélaton, Marfan. — M. BALLADUR : De l'intervention chirurgicale dans les lésions de l'intestin par contusion de l'abdomen ; MM. Le Dentu, Laboulbène, Nélaton, Marfan.

Samedi 18 mai 1895, à 1 heure. — M. LARGEAU : De la polyarthrite rhumatismale diffuse ; MM. Panas, Cornil, Marie, Brun. — M. AMBLARD : Des injections de formol dans le traitement des suppurations lacrymales ; MM. Cornil, Panas, Marie, Brun. — M. DURANTI : Des dégénérescences dans le système nerveux. Dégénérescence Watthierau et dégénérescence rétrograde : MM. Cornil, Panas, Marie, Brun

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 13 mai 1895. — 2e Oral (Première partie) (1re série) : MM. Segond, Dejerine, Sébileau. — 2e Oral (Première partie (2e série) : MM. Delbet, Ricard, Retterer. — 3e Oral (Première partie) : MM. Marchand, Jalaguier, Lejars. — 3e (Deuxième partie) : MM. Fournier, Straus, Gaucher. — 5e Oral (1re partie) Obstétrique (Clin. Baudelocque) : MM. Pinard, Kirmisson, Varnier.

Mardi 14 mai 1895. — 2e Oral (Première partie) 1re série) : MM. Campenon, Remy, Poirier. — 2e Oral (Première partie) (2e série) : MM. Cornil, Pozzi, Quenu. — 3e Oral (Première partie) : MM. Budin, Richelot, Albarran. — 5e (Première partie), Chirurgie, Charité : MM. Panas, Polaillon, Brun. — 5e (Deuxième partie) Charité : MM. Hallopeau, Marie, Menetrier. — 3e (Officiat.) Charité : MM. Le Dentu, Bar, Roger.

Mercredi 15 mai 1895. — 3e Oral (Première partie) : MM. Kirmisson, Varnier, Poirier. — 3e (Deuxième partie) : MM. Grancher, Landouzy, Brissaud, — 5e (Première partie), Chirurgie. Hôtel-Dieu (1re série) : MM. Segond, Delbet, Jalaguier. — 5e (Première partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu (2e série) : MM. Marchand, Ricard, Lejars.

Jeudi 16 mai 1895. — 2e Oral (Première partie) 1re série : MM. Mathias-Duval, Polaillon, Poirier. — 2e Oral (Première partie) 2e série : MM. Raymond, Richelot, Remy. — 3e Oral (Première partie), 1re série : MM. Panas, Pozzi, Bar. — 3e Oral (Première partie) 2e série : MM. Guyon, Schwartz, Albarran. — 3e (Deuxième partie) : MM. Dieulafoy, Joffroy, Netter. — 4e ; MM. Proust, Pouchet, Letulle.

Vendredi 17 mai 1895. — Médecine opératoire : MM. Segond, Jalaguier, Poirier. — 2e Oral (Première partie) : MM. Mathias-Duval, Retterer, Sebileau. — 2e (Deuxième partie) : MM. Gley, Gaucher, Weiss. — 4e : MM. Pouchet, Landouzy, Netter. — 5e (Première partie), Chirurgie, Charité : MM. Kirmisson, Tuffier, Lejars. — 5e (Deuxième partie), Charité : MM. Potain, Hayem, Brissaud. — 5e (Première partie). Obstétrique, Clinique Baudelocque : MM. Pinard, Marchand, Varnier.

Samedi 18 mai 1895. — 2e Oral (Première partie) : MM. Mathias-Duval, Quénu, Poirier. — 5e (Première partie), Chirurgie Hôtel-Dieu, 1re série : MM. Polaillon, Richelot, Schwartz. — 5e (Première partie), Chirurgie, Hôtel-Dieu, 2e série : MM. Pozzi, Campenon, Albarran. — 5e (Deuxième partie), Charité, 1re série : MM. Jaccoud, Ballet, Marfan. — 5e (Deuxième partie), Charité, 2e série : MM. Raymond, Chantemesse, Roger. — 5e (Première partie), Obstétrique, Clinique d'accouchement, rue d'Assas : MM. Budin, Remy, Bar.

Concours d'agrégation (*chirurgie et accouchement*). — Sont admissibles à la deuxième épreuve (leçon d'une heure, après quarante-huit heures de préparation), et doivent passer dans l'ordre suivant, à raison de deux par séance :

Chirurgiens : MM. Aldibert, Frœlich ; Chaput, Bauby ; Binaud, Adam ; Braquehaye, Dor ; Walther, Lassale ; Legueu, Lagoutte ; Nové-Josserand, Gervais de Rouville ; Albertin, Broca ; Gaudier, Hartmann ; Vallas, Curtillet ; Rochard.

Accoucheurs : MM. Potocki ; Schuhl, Bué ; Oui, Puech ; Vallois, Lavergne ; Lepage, Bonnaire.

NOUVELLES

Hôpital Necker. — *Enseignement de pratique médicale.* — M. le docteur HENRI HUCHARD commencera les conférences de *clinique et thérapeutique médicales*, le samedi 11 mai 1895, à dix heures, et les continuera les samedis suivants, à la même heure, à l'amphithéâtre des cours.

Hôpital Cochin. — M. le Dr GILLES DE LA TOURETTE, agrégé, commencera le dimanche 12 mai, à 9 h. 1/2 (amphithéâtre Dujardin-Beaumetz), un cours de *thérapeutique clinique* appliquée aux *maladies du système nerveux*, et le continuera les dimanches suivants, à la même heure.

Congrès français de médecine (2e session, Bordeaux, 1895). — Le Congrès tiendra à Bordeaux sa seconde session sous la présidence du Dr Ch. Bouchard, membre de l'Institut, professeur à la Faculté de médecine de Paris, le 8 août 1895.

Questions mises à l'ordre du jour :

1° *Des myélites infectieuses.* — Rapporteurs : M. le Dr Grasset, professeur à la Faculté de Montpellier et le Dr Vaillard, professeur au Val-de-Grâce.

2° *Des rapports du foie et de l'intestin en pathologie.* — Rapporteurs : M. le Dr Teissier, professeur à la Faculté de Lyon ; M. le Dr Hanot, professeur agrégé à la Faculté de Paris ; M. le Dr Planté, répétiteur à l'Ecole principale du service de santé de la marine (pathologie exotique).

3° *Des antithermiques analgésiques.* — Rapporteurs : M. le Dr Schmitt, professeur à la Faculté de Nancy ; M. le Dr Laborde, membre de l'Académie de médecine.

Les communications personnelles des membres du Congrès devront être inscrites avant le 14 juillet prochain, au secrétariat général (Dr X. Arnozan, 27 *bis*, pavé des Chartrons, Bordeaux). — Les adhésions peuvent être envoyées soit chez le secrétaire général, soit chez le trésorier (Dr Moure, 25 *bis*, cours du Jardin-Public, Bordeaux).

La cotisation de membre titulaire est fixée à 20 francs. Les étudiants en médecine peuvent être admis comme membres associés, moyennant une cotisation de 10 francs.

Société médico-chirurgicale. — La Société se réunira lundi prochain, 13 mai, à 4 heures précises, au palais des Sociétés savantes, rue Serpente, n° 28.

Ordre du jour. — M. Bloch : Un appareil contre le pied-bot douloureux. — M. Monnier : Sur un abcès du cervelet consécutif à une otite suppurée.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

30 avril 1895.

Pneumatocèle crânienne. — M. Le Dentu. Les tumeurs gazeuses de la région crânienne, affections rares, dont la science ne possède qu'une dizaine de cas, siègent à la région frontale ou à la région mastoïdienne, et résultent de la pénétration, sous la peau, d'air venu, dans le premier cas du sinus frontal, dans le second des cellules mastoïdiennes.

Ces tumeurs peuvent être la conséquence éloignée d'un traumatisme crânien, apparaissant seulement plusieurs mois après l'accident et se développant lentement alors ; mais dans bien des cas, il est impossible de retrouver un traumatisme dans les commémoratifs et il faut admettre alors qu'il y a eu usure spontanée de la paroi externe. Cette explication est du reste prouvée par une autopsie de Lecat : l'os était troué par l'usure en deux points ; un des trous faisait communiquer les cellules mastoïdiennes avec une volumineuse pneumatocèle ; par l'autre le sang du sinus latéral avait passé sous

SOCIÉTÉ INDUSTRIELLE DES TÉLÉPHONES
25, rue du Quatre-Septembre, Paris.
Installations Téléphoniques — Câbles et fils isolés — Pneumatiques de Vélocipèdes
Caoutchouc et Gutta-percha pour usages médicaux — Vêtements imperméables

Glycérophosphate de chaux Freyssinge.

KOLA CHAPOTOT GRANULÉE

HAMAMELINE-ROYA : *Tonique vasculaire.*

VICHY-CÉLESTINS
Dyspepsies : Vin de Chassaing.
Aliment des enfants : Phosphatine Falières.
Constipation : Poudre laxative de Vichy.

Herpétisme : GRANULES DE FOWLER.
Atonie de l'estomac : GRANULES DE BAUMÉ.
MÉTRITES : PÉRICOLS

Hygiène de la Bouche et Conservation des Dents
DENTIFRICE ANTISEPTIQUE BOBŒUF
Société du Phénol-Bobœuf, 22, Boul. Poissonnière, Paris.

PURGATION POUR RÉGIME
CARABAÑA
Guérit Congestion, Constipation.

CHARBON NAPHTOLÉ FRAUDIN *granulé.*

la peau du crâne, d'où hématocèle compliquant la pneumatocèle.

Dans les 10 cas connus, 7 fois l'air provenait du sinus frontal, 3 fois des cellules mastoïdiennes. Le diagnostic de ces tumeurs est facile en raison de leur sonorité, de leur mollesse, de leur réductibilité.

M. Le Dentu a récemment observé un cas de pneumatocèle qui diffère des cas connus jusqu'à ce jour par son étiologie, par sa situation et son évolution.

Un jeune homme, à la suite d'une chute sur la tête, eut un enfoncement du pariétal avec bosse sanguine énorme. L'épanchement sanguin était en voie de résorption, quand, quinze jours après l'accident, le malade s'étant mouché violemment, une tumeur gazeuse apparut subitement au niveau de l'enfoncement. Le gaz provenait manifestement ici de la cavité crânienne ; la tumeur était réductible dans l'intérieur du crâne, et il suffisait de placer le doigt en un point déterminé, au niveau de l'enfoncement, pour empêcher la tumeur réduite de se reproduire; il fallait donc supposer que le sinus frontal avait été fracturé par sa table interne, d'où issue de l'air dans la cavité crânienne, puis que cet air était sorti du crâne au niveau de l'enfoncement du pariétal.

D'abord, M. Le Dentu fit simplement de la compression ; mais, de la fièvre étant survenue, il pensa que le trajet intra-cérébral s'était infecté et qu'il était urgent d'intervenir. Il fit donc une large brèche osseuse au niveau de l'enfoncement et trouva la dure-mère adhérente, et dans l'intérieur du cerveau un foyer d'encéphalite en voie de suppuration. Il ouvrit ce foyer et le tamponna, puis ne referma qu'incomplètement l'orifice cutané.

L'opération a été faite avant-hier, le résultat immédiat en a été bon, mais on ne peut encore juger du résultat définitif.

Anomalies congénitales des membres. — **M. Féré**, en soumettant des œufs en incubation à l'action de différents agents tératogènes, a obtenu un grand nombre d'anomalies congénitales des membres telles que : absence d'ongles, déformation des doigts, déviation des pieds, ordinairement en pied bot varus-équin, attribué, avec raison, à une compression exercée par l'amnios par suite de l'insuffisante quantité de liquide amniotique. Il faut appliquer la même pathogénie à la déviation du pouce en dehors (hallux valgus), dont on accuse ordinairement la compression exercée par la chaussure. Il a, en effet, observé dans ses expériences des déviations des doigts et des phalanges absolument de même ordre que l'hallux valgus.

Pouvoir absorbant de la vessie chez l'homme. **MM. A Pousson** et **C. Sigalas**, pour étudier la perméabilité de la vessie dont l'épithélium est intact, ont injecté dans la vessie de l'homme une solution d'un sel de lithium, dont les moindres traces dans le sang et la salive peuvent être facilement et sûrement révélées par l'analyse spectrale.

Leurs expériences ont porté sur quatre sujets : trois avaient la vessie saine ; un était atteint de cystite. Les faits observés ont montré que : 1° l'épithélium vésical sain est imperméable ; 2° l'absorption a lieu : *a*) lorsque le sujet, quoique ayant une vessie saine, éprouve le besoin d'uriner, l'urine baignant alors la portion prostatique de l'urèthre ; *b*) lorsque l'épithélium vésical est altéré.

7 mai 1895.

Tuberculose larvée des trois amygdales. — **M. Dieulafoy.** Je m'occuperai aujourd'hui du traitement de la tuberculose larvée des trois amygdales.

Les moyens prophylactiques sont les premiers à employer. Le bacille ne peut aborder les régions nasopharyngées que par l'acte de la respiration ou par celui de la déglutition. Le premier mode de contamination semble plus important; on respire le bacille tuberculeux beaucoup plus souvent qu'on ne l'avale. Il faut donc protéger la bouche des petits malades contre l'introduction des poussières de crachats tuberculeux, et se rappeler que certains aliments, certaines boissons en particulier le lait, certains fromages, les viandes crues, etc., peuvent véhiculer les bacilles.

Après les moyens prophylactiques, vient le traitement curatif qui doit être à la fois médical et chirurgical. D'une part l'on soutiendra l'organisme par une alimentation riche en substances graisseuses et huileuses et par le séjour au bord de la mer. D'autre part, on recourra à la destruction des végétations, soit par l'ablation, soit par la cautérisation ou la destruction au galvanocautère : d'ailleurs je ne choisis pas de procédé et je laisse aux chirurgiens le soin d'éclairer ce côté de la question.

M. Lancereaux. — J'estime, comme M. Dieulafoy, que les végétations adénoïdes des fosses nasales constituent par leur structure et leur siège un terrain favorable au développement des bacilles tuberculeux. Notre collègue nous l'a démontré expérimentalement, mais il me permettra de lui faire observer que cette démonstration était déjà faite par la clinique. En effet, M. Lermoyez a établi nettement qu'il existait deux sortes de tuberculose du naso-pharynx, l'une facile à constater en clinique par ses caractères anatomiques : tubercules ulcérés, etc.; l'autre, larvée, ne pouvant être reconnue qu'à l'aide du microscope, et simulant de simples végétations adénoïdes.

Dans un cas de ce genre, M. Lermoyez ayant examiné des végétations adénoïdes qu'il venait d'extirper, les trouva infiltrées de bacilles de Koch, bien que rien n'indiquât à l'œil nu l'existence de tubercules, et le malade ayant succombé un peu plus tard, il en conclut que les végétations enlevées avaient été le point de départ de la maladie qui l'emportait. Aussi concluait-il de la façon suivante : il faut distraire du groupe des végétations adénoïdes une forme qui mérite le nom de végétations adénoïdes tuberculeuses.

M. Dieulafoy. Je reconnais que M. Lermoyez avait déjà montré cliniquement l'existence d'une variété de végétations adénoïdes tuberculeuses; aussi mon travail a-t-il eu surtout pour but d'établir expérimentalement la réalité de cette variété de tuberculose pharyngée.

M. Péan. Je demanderai à M. Dieulafoy s'il admet toujours une hypertrophie de l'amygdale, dans la forme larvée de tuberculose amygdalienne qu'il nous a décrite. Dans bien des cas, on trouve des adénopathies cervicales tuberculeuses sans hypertrophie des amygdales.

Assez souvent aussi j'ai constaté l'existence de vastes ulcérations amygdaliennes chez des malades qui ne présentaient pas trace d'adénopathie. Il n'y a peut-être pas toujours une corrélation étroite entre les lésions amygdaliennes et l'état des ganglions sous-maxillaires et cervicaux.

M. Dieulafoy. Incontestablement il y a des cas où les amygdales sont peu ou pas hypertrophiées et où il n'existe pas de tumeurs adénoïdes. Dans ces cas, il me semble qu'il y a pourtant infection préalable du pharynx sans manifestations objectives. La première étape est alors, non pas larvée, mais latente; on expliquerait ainsi l'infection ganglionnaire si fréquente chez des enfants qui n'ont rien ou presque rien dans le pharynx.

Je n'ai pu expérimenter avec les tissus de pareils sujets puisqu'on ne peut rien enlever de leur gorge. Il faut simplement noter, ce qui n'est pas nouveau, que les ganglions du cou de ces sujets sont souvent très virulents. Au contraire, dans les grandes ulcérations tuberculeuses de la bouche, il n'existe pas ou très peu de ganglions au cou.

M. Javal. Je ferai remarquer à mon tour que dans les ophtalmies phlycténulaires si fréquentes dans les campagnes, on constate toujours un développement marqué des ganglions du cou.

Méningite grippale. — **MM. Cornil** et **Durante** ont observé une malade atteinte de grippe compliquée d'accidents cérébraux qui s'est terminée par la mort.

Une femme âgée d'une quarantaine d'années, non alcoolique, fut prise le 10 avril de mal de tête et de courbature générale. Les jours suivants elle présenta de la fièvre, de l'abattement et de la somnolence qui se changea bientôt en un véritable coma avec stertor; puis apparut une hémiplégie des membres et du facial supérieur du côté droit, de l'incontinence d'urine et des matières fécales, etc. La mort survint le 24 avril. A l'autopsie on trouva la pie-mère épaissie et infiltrée d'un liquide abondant, jaune et opaque. Le cerveau droit était le siège d'un petit foyer hémorrhagique siégeant dans la substance grise et dans la première occipitale existait un foyer hémorrhagique également intracortical.

Il s'agissait d'une encéphalo-méningite. A l'examen bactériologique on n'a pas trouvé les bacilles de la grippe, mais leur absence ne prouve rien, car il est douteux qu'ils pénètrent dans le sang.

M. L. Colin. J'ai déjà signalé l'existence de méningites vraies, suppurées, à streptocoques, durant les épidémies de grippe et j'ai depuis eu connaissance de plusieurs observations de méningites mortelles qui ont évolué au cours de la dernière épidémie de grippe. Le directeur de l'Ecole de médecine navale de Bordeaux a également constaté assez souvent l'inflammation des méninges à la suite de l'influenza.

M. Cornil. La grippe peut se compliquer d'inflammations suppuratives dues à des associations du bacille spécifique avec d'autres microbes pyogènes; on doit distinguer parmi ces suppurations celles qui sont dues aux microbes pyogènes d'avec celles qui sont dues au bacille de la grippe. Dans le cas que je viens de rapporter, il s'agissait d'une méningite grippale pure, les exsudats méningés ne contenant aucun des microbes pyogènes habituels.

Le pus de la méningite grippale est séreux et moins opaque que celui des méningites à pneumocoques ou à streptocoques.

Traitement des rétrécissements des voies lacrymales par l'électrolyse. — **M. Lagrange** (de Bordeaux) cherche à établir que l'électrolyse négative à faible courant (3 à 5 milliampères) est très souvent efficace dans les rétrécissements peu serrés des voies lacrymales, surtout dans les rétrécissements inflammatoires. Les résultats obtenus seraient excellents.

M. Blanchard lit un rapport sur un travail de M. C. Wardell Stiles (de Washington), intitulé : *De la rareté du tænia solium dans l'Amérique du Nord.*

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

27 avril 1895.

Lésions pulmonaires chez un gaveur de pigeons. — **MM. Rénon** et **Sergent** ont fait récemment l'autopsie d'un gaveur de pigeons reconnu atteint en 1892 de tuberculose aspergillaire mixte et qui a succombé en 1895 à des accidents d'asphyxie progressive.

Les lésions macroscopiques dominantes étaient des adhérences pleurales, formant au sommet du poumon gauche une véritable coque de 1 à 2 centimètres d'épaisseur. Les poumons, sillonnés à leur surface de bandes fibreuses s'entre-croisant dans tous les sens, présentaient au sommet deux petites cavernes vides et dans toute leur hauteur une multitude de petites granulations d'apparence tuberculeuse, noyées dans un tissu anthracosique noirâtre : les bases des poumons étaient très congestionnées.

L'examen histologique montra des lésions caractéristiques de pneumonie chronique avec envahissement du tissu fibreux des bronches à la plèvre, enserrant tout le parenchyme pulmonaire dans des mailles très étroites. Les parties ainsi circonscrites répondaient aux granulations macroscopiques et ne présentaient pas trace d'organisation tuberculeuse; elles ne contenaient ni follicules lymphoïdes, ni cellules géantes; elles étaient constituées par des parties pulmonaires atélectasiées pour ainsi dire, dans lesquelles on retrouvait quelques capillaires alvéolaires, mais surtout des cellules cubiques présentant l'aspect fœtal. On trouvait cependant quelques rares cellules géantes, mais au pourtour de petits caséeux tout à fait distincts des précédents. La recherche des bacilles (bacilles de Koch et aspergillus) a été négative sur toutes les coupes.

Dans ce cas de pneumonie chronique scléreuse, les parasites ont sans doute disparu par suite du processus de régression : l'aspergillus qui a ouvert la voie à la bacillose de Koch a disparu le premier, ainsi que cela a été observé dans un certain nombre de faits cliniques et expérimentaux.

4 mai 1895.

La bile et le bacille de Koch; la tuberculose des voies biliaires. — **M. Sergent.** La tuberculose des voies biliaires n'est pas encore élucidée ; deux hypothèses sont en présence : d'après la première, cette variété de tuberculose se fait de dehors en dedans ; d'après la seconde, de dedans en dehors.

Pour les uns, le tubercule péribiliaire serait l'analogue du nodule péribronchique; pour d'autres, il s'agirait d'une véritable angiocholite tuberculeuse ou plutôt d'une infection biliaire ascendante à bacilles de Koch.

Pour rechercher de quel côté est la vérité, j'ai entrepris une série d'expériences qui peuvent se grouper sous trois chefs : *a*) tuberculiser des animaux sans traumatiser d'aucune façon les voies biliaires; *b*) injecter la semence tuberculeuse dans les voies biliaires avec ou sans ligature du cholédoque; *c*) tuberculiser des animaux et traumatiser les voies biliaires par ligature aseptique ou septique du cholédoque.

Dès aujourd'hui, je considère comme acquis les résultats suivants :

1° L'anatomie pathologique de la tuberculose des voies biliaires est telle que Sabourin l'a décrite, contrairement à l'opinion émise l'an dernier par Kotlar;

2° Le bacille de Koch ne paraît subir aucune modification dans ses caractères habituels par un séjour prolongé dans la bile;

3° Les tubercules péribiliaires, disséminés et rares, se développent de dehors en dedans; ce sont des nodules péribiliaires englobant peu à peu le conduit biliaire et finissant par l'ulcérer et se vider dans sa cavité;

4° La tuberculose proprement dite des voies biliaires (forme systématisée) peut être reproduite expérimentalement par l'injection dans le cholédoque de la semence tuberculeuse; l'angiocholite tuberculeuse à type d'infection biliaire ascendante peut, en d'autres termes, être reproduite expérimentalement.

Un cas de septicémie puerpérale traité par le sérum antistreptococcique. — **MM. Josué** et **Hermary** ont injecté à une accouchée symphyséotomisée et présentant des phénomènes d'infection, cinq jours après l'accouchement, 30 centimètres cubes de sérum antistreptococcique de Roger et Charrin, le matin, et 20 centimètres cubes le soir. Le lendemain, nouvelle injection de 20 centimètres cubes le matin et de 15 centimètres cubes le soir. L'état général s'est amélioré après ces injections, quant aux phénomènes locaux ils se sont amendés un peu moins rapidement. Cependant onze jours après la dernière injection, la malade commence à se lever.

Microbes du chyle. (Note présentée par M. Kaufmann.) — **MM. Porcher** et **Desoubry** établissent que le chyle du chien en état de digestion est très riche en microbes : le cœur en contient beaucoup moins, surtout le cœur gauche, ce qui semble indiquer que le poumon retient un assez grand nombre de microorganismes. De plus, dans le sang de la jugulaire, il y a également moins de microbes que dans celui de la carotide, ce qui démontre l'arrêt des microbes sur le trajet de la grande circulation.

Douve du bœuf du Sénégal chez l'homme. — **M. Railliet.** Le foie du bœuf du Sénégal peut être atteint d'une variété de douve qui diffère par quelques caractères de la douve commune. C'est un ver très allongé à prolongement céphalique à peine visible avec une ventouse postérieure très saillante. Les œufs ont un aspect très spécial et se distinguent notamment de ceux de la douve ordinaire par leurs dimensions.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

8 mai 1895.

De la cholédochotomie. — **M. Michaux.** La très intéressante communication de M. Quénu (V. *Presse méd.*, 27 avril 1895), m'engage à vous exposer les résultats que m'ont soumis huit laparotomies pratiquées chez des malades paraissant atteints de lithiase du cholédoque. Une fois il s'agissait de cancer du pancréas, une autre de sarcome du foie et chez deux autres malades j'ai trouvé un cancer du foie ; mes quatre opérés étaient des calculeux, mais le cholédoque n'était en cause que deux fois.

Au point de vue de l'anatomie du cholédoque, je ferai remarquer que ce canal comprend deux portions, l'une facilement accessible, située au-dessus du duodénum, l'autre, très difficile à aborder, comprise plus ou moins dans l'épaisseur du pancréas et recouverte par le duodénum. La portion sus-duodénale du cholédoque mesure 2 à 3 centimètres et forme la vraie région chirurgicale : c'est à ce niveau que l'on peut opérer facilement. La portion rétro-duodénale mesure de 6 à 7 cent. 1/2 au-dessus du pancréas. Les 5 ou 6 centimètres inférieurs sont dans l'épaisseur de la tête pancréatique et se trouvent en rapport avec les branches de la pancréatico-duodénale ; pour aborder le cholédoque à ce niveau, il faut soit récliner de droite à gauche le duodénum qui le recouvre, soit ouvrir franchement le duodénum et faire une duodénostomie, comme M. Pozzi l'a fait avec succès dans un cas de calcul enclavé dans la portion inférieure du cholédoque. Lorsque le calcul est descendu près de l'ampoule de Water, il est difficile d'explorer la région; pour ma part, chez une malade grasse, je n'ai pu arriver à sentir un calcul gros comme un œuf de pigeon et qui était situé tout près de l'abouchement du canal dans l'intestin.

Je n'insisterai pas sur la manière dont il faut explorer le cholédoque et qui a été fort bien exposée par M. Quénu. Le seul point que je tienne à faire ressortir, c'est que la cholédochotomie n'est pas toujours une opération d'emblée primitive, et qu'elle peut être complémentaire d'une intervention sur la vésicule, ainsi qu'il m'est arrivé.

uant aux difficultés opératoires, elles sont assez nombreuses. La présence de nombreux vaisseaux rend difficile la dénudation et l'incision du canal, et la blessure e grosses veines est à craindre. De plus, il n'est pas cile de voir et d'aborder un cholédoque sain ou peu ilaté. Enfin, on peut prendre pour un calcul soit un es ganglions de la région, soit un prolongement de la ête du pancréas, mais, avec de l'attention, on arrivera à viter l'erreur; c'est ainsi que j'ai très bien senti, dans n cas, un cancer de la tête du pancréas situé juste au iveau de l'ampoule de Water.

J'ai pratiqué deux cholédochotomies, l'une le 14 septembre 1894, chez une femme de soixante-huit ans, qui présentait des accidents d'ictère persistant, avec amaigrissement marqué ; je trouvai une vésicule atrophiée t dans le cholédoque un calcul dont je fis l'extraction. e refermai la plaie par quelques points de suture. Pendant deux jours la malade alla bien, puis elle mourut le roisième jour, sans péritonite ni septicémie. Mon second as a trait à une femme de quarante-trois ans, chez laquelle je trouvai d'abord un calcul à la base de la vésicule, dans le canal cystique, puis deux autres dans le cholédoque ; je fis chez cette malade une cholécystectomie et une cholidochotomie complémentaire qui furent suivies de guérison.

Relativement à la technique opératoire, je ne suis pas partisan de la cholédochotomie en deux temps de M. Quénu ; e cas cité en faveur de cette méthode prouve au contraire l'utilité de la cholédochotomie en un temps, puisqu'il y a eu des accidents graves qui ont dû faire hâter le second temps de l'intervention, ce qui ne se serait sans doute pas produit, si l'on avait enlevé d'emblée le calcul. Quant à l'incision, je la préfère latérale sur le bord externe du droit, contrairement encore à M. Quénu ; nous savons en effet que la vésicule ou le canal cystique sont fréquemment le siège de calculs, et que la cholédochotomie n'est pas toujours l'unique opération à pratiquer. Aussi, je regarde la voie latérale comme la meilleure pour l'exploration des voies biliaires extra-hépatiques dans leur ensemble.

Restent deux points à signaler : tout d'abord, comment extraire le calcul? Certains chirurgiens recommandent de le broyer soit au moyen de pinces, soit à l'aide d'aiguilles ; je suis peu partisan de cette méthode aveugle et j'estime que la cholédocholithotripsie est inférieure à la cholédochotomie. Il faut donc inciser le canal, mais quand le calcul est situé dans la portion rétroduodénale, comment faire? On a le choix entre deux procédés ; l'un consiste à inciser le cholédoque dans sa portion accessible, c'est-à-dire au-dessus du duodérum et de faire sortir à ce niveau le calcul que l'on fera remonter ; l'autre se résume en un mot : pratiquer la duodénotomie, à l'instar de M. Pozzi.

Enfin, doit-on suturer le cholédoque? J'ai mis des points de suture dans mes deux cas, mais j'ai eu, les deux fois, un écoulement de bile, ce liquide transfusant avec la plus grande facilité. On ne saurait être trop prévenu de ce fait. D'ailleurs, l'écoulement bileux est peu abondant et se tarit avec rapidité au bout de quelques jours.

Anesthésie par l'éther. — **M. Chaput.** Au nom de M. Anghelesco et au mien, je présente les conclusions auxquelles nous a amenés l'étude attentive de 135 cas d'éthérisation pratiquée avec l'appareil de Wanscher. Notons d'abord que l'anesthésie a été obtenue au bout de six minutes en moyenne, avec un minimum de trois minutes et un maximum de quinze. Quant à la dose administrée, elle était environ de 150 centimètres cubes par heure.

Au début de l'anesthésie et pendant sa durée, nous avons relevé les particularités suivantes. La toux survient quand on donne l'éther à dose massive (22 fois sur 135), l'agitation est fréquente, plus considérable que celle que provoque le chloroforme et s'est montrée très vive 12 fois, la cyanose est constante et parfois effrayante, les pupilles sont dilatées dans le tiers des cas, le nystagmus apparaît un peu avant la disparition du réflexe cornéen, la salivation est très abondante, la respiration très bruyante, très fréquente et variant de 30 à 50 par minute, le pouls fort, fréquent, de 120 à 160 par minute, les vomissements très rares (3 fois sur 135).

Après l'anesthésie le réveil est rapide et bien rarement accompagné d'agitation; nous avons remarqué durant la première heure un peu de régurgitation due sans doute à la salive déglutie par les malades durant le sommeil anesthésique.

Il est enfin un point important qu'Anghelesco a bien étudié : c'est l'abaissement de la température au cours de l'anesthésie et qui est dû, partie à la vasodilatation de tous les vaiseaux sous-cutanés, partie à la diminution des oxydations, partie enfin au refroidissement subi par le poumon lui-même sous l'influence de l'arrivée de l'éther. La température tombe rapidement, se maintient au-dessous de la normale durant toute l'anesthésie, et remonte très rapidement après l'arrêt de l'éthérisation.

La comparaison de l'anesthésie par l'éther à la chloroformisation permet d'énoncer les propositions suivantes :

L'anesthésie par l'éther présente sur l'anesthésie chloroformique, les avantages suivants :

1° L'éther est beaucoup moins dangereux que le chloroforme.

D'après Guret le chloroforme présente une mortalité de 1 sur 2.000, tandis que celle de l'éther est de 1 sur 13.000.

2° L'anesthésie par l'éther s'obtient en quatre ou six minutes ; elle est donc beaucoup plus rapide qu'avec le chloroforme.

3° L'administration de l'éther est très facile, elle peut être confiée même à quelqu'un de très ignorant ; au contraire les bons chloroformistes sont très rares.

4° L'éther renforce les pulsations cardiaques et n'expose pas au schock. Le chloroforme a des effets inverses.

On n'a pas besoin avec l'éther de surveiller le pouls ; la respiration et la cyanose sont seules à considérer.

Or précisément la respiration est très bruyante et son arrêt se remarque immédiatement ; quant à la cyanose, elle n'est dangereuse que quand elle vire au noir foncé.

5° L'éther altère beaucoup moins les reins (albuminerie) que le chloroforme.

6° L'éther ne provoque des vomissements que d'une manière très exceptionnelle.

7° Les malades éthérisés se réveillent très facilement et très vite, ils sont beaucoup moins abattus que les sujets chloroformés

L'éther est contre-indiqué :

1° Avec une affection aiguë ou chronique de l'appareil respiratoire.

2° Dans les opérations sur la face ou dans celles qui nécessitent la trachéotomie.

3° Dans les opérations de chirurgie cérébrale.

Pour donner l'éther, on peut se servir soit du bonnet de Jules Roux, soit de l'appareil de Julliard, soit du masque de Wanscher. Ces deux derniers sont les meilleurs et, entre eux deux, le masque de Wanscher me semble devoir mériter la préférence, car il présente sur l'appareil de Julliard les avantages suivants :

1° Il est moins volumineux et moins embarrassant.

2° Il permet l'inspection de la face et des yeux.

3° Il permet, grâce aux dimensions restreintes de son pavillon de graduer facilement l'arrivée de l'air.

Au contraire, avec le masque de Julliard, le moindre soulèvement de l'appareil provoque un apport d'air considérable et gênant.

4° On n'a pas besoin, avec le masque de Wanscher de verser de nouvelles doses d'éther dans l'appareil ; on y introduit au début 250 grammes d'éther qui pourraient suffire pour une anesthésie de deux ou trois heures.

M. Ollier. Depuis plus de trente ans, j'emploie l'éther et je n'ai jamais eu qu'à m'en féliciter. J'ai fait relever une statistique de 40,000 cas, sans un seul accident mortel.

A la très intéressante communication de M. Chaput je ferai seulement quelques objections de détail. La première, c'est qu'il ne faut pas s'astreindre à un appareil; il m'est arrivé, à la campagne, de me servir en guise de masque, d'un simple cornet de papier au fond duquel je mettais un peu de charpie que j'imbibais d'éther. La seconde est qu'il ne faut pas chercher à anesthésier rapidement et je recommande toujours d'aller doucement pour ne pas asphyxier son malade et éviter cette cyanose dont parle M. Chaput et que l'on n'observe pas aussi marquée si l'on procède lentement. En conséquence, je compte un quart d'heure pour obtenir l'anesthésie.

Quant aux suites, elles ne me paraissent pas toujours aussi simples que le pense M. Chaput; après une éthérisation de une heure et demie à deux heures, j'ai observé souvent des vomissements persistants. De l'alimentation qu'on peut permettre aux malades, deux ou trois heures après l'anesthésie, je ne dirai rien, si ce n'est qu'il faut compter avec les individus et qu'on observe les plus grandes variétés d'effet.

Les contre-indications spéciales à l'éther me paraissent nulles et on ne peut citer que celles invoquées pour le chloroforme avec cette différence qu'elles existent à un moindre degré. M. Chaput dit que le chloroforme est préférable en matière de chirurgie cérébrale, par suite de la congestion des méninges que donne l'éthérisation; j'avoue ne m'être jamais servi que de l'éther au cours de mes opérations sur le crâne, sans en avoir jamais éprouvé d'inconvénient.

Restent enfin les accidents dus à l'embrasement de l'éther par une flamme quelconque; avec quelques précautions on peut et on doit toujours les éviter.

Péritonite à pneumocoques et à streptocoques. Laparotomie. Guérison. — **M. Kirmisson** rapporte l'histoire d'un jeune enfant de dix ans qui, six semaines après le début d'abcès au pied droit, fut pris d'accidents péritonéaux subaigus ; il se forma dans la région ombilicale une collection qui tendait à s'ouvrir à l'extérieur. La laparotomie donna issue à un flot de pus parfaitement lié, vert, légèrement visqueux et gluant, avec quelques flocons fibrineux. On draina et la guérison survint.

Le diagnostic clinique avait été : péritonite tuberculeuse. L'examen bactériologique démontra l'absence de bacilles de Koch, et, en revanche, la présence de pneumocoques et de streptocoques.

Arrachement de la main et des tendons de l'avant-bras — **M. Delorme** présente une main qui a été arrachée par les crochets d'une machine. L'arrachement s'est fait au niveau de l'articulation radio-carpienne ; les tendons des muscles de l'avant-bras ont suivi et mesurent sur la pièce une longueur de 20 centimètres; les nerfs ont été arrachés au même niveau. Quant aux artères, elles ont été rompues, la radiale à 7 centimètres, la cubitale à 4 centimètres au-dessus du poignet.

M. Delorme insiste sur ce fait que la peau a été sectionnée au niveau de l'interligne articulaire et qu'il en restait à peine assez pour recouvrir l'os ; malgré un sphacèle consécutif, la guérison complète est néanmoins survenue et le moignon est excellent, quoique non parfait. Cet exemple démontre combien il est inutile de suivre les procédés de médecine opératoire; on recommande en effet de tailler, dans les désarticulations du poignet, une grande manchette avec lambeau; ici la peau était à peine suffisante pour recouvrir l'os, elle s'est même sphacélée et néanmoins le malade a guéri.

M. Poirier ne trouve pas le résultat parfait et reste partisan des procédés de médecine opératoire. En pareil cas, il pratiquerait d'emblée une résection du squelette afin d'avoir un large lambeau cutané qui ne se sphacélerait pas.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

10 mai 1895.

Cancer gastrique à marche rapide. — **M. Mathieu** communique l'observation d'un malade âgé de vingt-cinq ans qui, depuis trois ans et demi, présentait des troubles dyspeptiques qu'on avait d'abord attribués à une gastrite avec hyperchlorhydrie. Pourtant l'analyse du suc gastrique, effectuée à Lyon, avait révélé l'existence d'une hypochlorhydrie manifeste. L'âge du malade, la durée de l'affection et l'intensité des symptômes douloureux, ayant imprimé au diagnostic quelque hésitation, la laparotomie fut exécutée par M. Quénu, qui constata la présence d'une tumeur cancéreuse (n'intéressant pas immédiatement le pylore, et n'occasionnant ainsi aucune dilatation accentuée). Comme il existait ainsi un épanchement ascitique avec quelques noyaux péritonéaux, on se borna à cette laparotomie exploratrice. Le malade, une fois la plaie guérie, vit cesser les symptômes douloureux et les troubles digestifs jusqu'à l'époque de sa mort, qui survint assez longtemps après et qui fut amenée par l'effet d'une cachectisation progressive avec diarrhée abondante. Dans ce cas, contrairement aux conclusions du Dr Mathieu, de Lyon, en faveur de la marche rapide du cancer gastrique chez les sujets peu avancés en âge, l'évolution de la maladie a été relativement très lente.

M. Catrin rappelle qu'il a cité dans les *Archives de médecine* une observation de cancer gastrique, très analogue et caractérisée aussi par la lenteur de son évolution, chez un sujet jeune.

M. Ferrand résume l'observation d'une jeune fille de vingt-deux ans, sur le point de succomber à un cancer du foie, comme en témoignent les résultats des diverses ponctions effectuées, et pour laquelle la lenteur de l'affection est d'autant plus frappante que le cancer hépatique présente généralement, chez les gens plus âgés, une allure relativement plus rapide que celle des autres localisations cancéreuses. Rappelant, à cette occasion, la guérison des troubles digestifs signalés par M. Pictet à la suite de ses expériences sur la réfrigération, il en conclut qu'une modification physique profonde de ce genre, tout comme un choc opératoire, détermine peut-être une perturbation nerveuse suffisante pour supprimer, dans maints cas, des troubles algésiques ou d'autres altérations fonctionnelles.

M. Hayem, insistant sur l'importance de l'analyse chimique au point de vue du diagnostic, cite plusieurs exemples d'hyperchlorhydrie sans symptômes douloureux et de gastrites douloureuses sans hyperchlorhydrie.

Dans la première catégorie se range l'observation d'un forgeron alcoolique, présentant une hémoglobinurie paroxystique (dont la caractéristique hématologique consiste dans le fait que la fibrine, après s'être coagulée, se redissout ultérieurement dans le sérum) ; ce malade, qui était atteint des lésions de la gastrite chronique alcoolique, avec hyperpepsie et hyperchlorhydrie, n'a jamais accusé jusqu'ici aucun trouble dyspeptique, c'est-à-dire aucun signe subjectif de gastropathie. Chez un autre malade, affecté d'hypochondrie, avec tare psychopathique héréditaire, et se plaignant de troubles dyspeptiques très légers sans aucune douleur caractérisée, l'analyse révéla, une heure après le repas d'épreuve, une hyperacidité totale dépassant le chiffre de 400 et une hyperchlorhydrie dépassant 340.

La douleur existant, en revanche, dans nombre de cas où l'absence d'acide chlorhydrique a été constatée, M. Hayem la considère comme imputable à une gastronévrose qui (en dehors des cas d'ulcère ou de tumeur) peut venir compliquer diverses organopathies gastriques et qui résulte très fréquemment de l'abus des aliments irritants ou de l'effet des médications, les lésions des gastrites ne produisant pas seules la douleur d'une façon nécessaire ; ainsi s'expliquerait la découverte aujourd'hui fréquente de gastropathies organiques précédemment latentes, et la découverte non moins fréquente d'hyperchlorhydries inattendues.

M. Mathieu cite l'observation d'un hyperchlorhydrique chez lequel, contrairement aux constatations habituelles en pareil cas, les vomissements ne sont pas précédés de douleurs, et il estime que dans près de la moitié des gastropathies, la façon dont souffre le malade, l'heure de ses souffrances et l'effet de la médication alcaline, laisseraient égarer le diagnostic si l'on n'effectuait pas l'analyse chimique.

M. Hayem, après avoir déclaré que, sauf pour des cas exceptionnels, il avait renoncé à l'emploi de la médication alcaline, fait observer que, sans qu'il y ait hyperchlorhydrie, la durée prolongée du séjour de la masse alimentaire dans l'estomac, joue, en raison des acides de fermentation, un rôle important dans la production de la douleur; celle-ci peut être en effet supprimée, au moins temporairement, par le lavage de l'estomac, dans divers cas de gastrite avec stase alimentaire, même chez des hypochlorhydriques tels que les cancereux affectés de sténose; il est à noter aussi que chez bon nombre d'hyperchlorhydriques la durée de la digestion se trouve prolongée et qu'en particulier chez le forgeron précité (qui jusqu'à présent a toujours vidé son estomac assez promptement) les douleurs apparaîtront probablement dès que des phénomènes de stase se produiront.

M. Le Gendre, insistant sur le rôle de l'abus des médications, signale l'observation d'un enfant de cinq semaines qui avait, presque depuis sa naissance, des vomissements dangereux occasionnés par des excès d'alimentation lactée et auquel trois médecins, successivement appelés, prescrivirent, d'abord de la belladone, puis de la codéine (qui donna lieu à des accidents comateux), et enfin de la cocaïne (qui fut suivie d'accidents alternativement convulsifs et comateux). Le lavage de l'estomac permit de parer au péril immédiat, mais il fallut ensuite alimenter l'enfant pendant deux mois à l'aide de la sonde avec du lait coupé d'eau à doses à peine suffisantes pour prévenir les dangers de l'inanition, avant de pourvoir à la nourriture normale.

M. Hayem, ayant constaté chez environ 95 pour 100 de ses gastropathes l'existence d'une gastrite d'origine médicamenteuse, a pu remarquer que celle-ci crée assez souvent (en outre de l'hyperesthésie locale) une gastronévrose d'origine plus centrale. Ainsi certains ataxiques, soumis seulement à un régime alimentaire, ont vu cesser, dès qu'on a supprimé leurs médications antérieures, leurs crises gastriques qui, précédemment, se répétaient tous les quinze jours. Ces gastrites médicamenteuses, notées entre autres chez des sujets anachlorhydriques ou hypochlorhydriques, s'observent notamment chez nombre de phthisiques ou d'apeptiques divers dont les médecins modifient leurs prescriptions très fréquemment.

(*A suivre.*)

CHLOROSE ANÉMIE
ÉPUISEMENT
DRAGÉES DE FER COGNET
PROTOXALATE DE FER ET QUASSINE CRISTALLISÉE
LE PLUS ACTIF FERRUGINEUX
A. COGNET, 43, RUE SAINTONGE, PARIS, ET PHIES

ANÉMIE
NEURASTHÉNIE
CHLOROSE
PHOSPHO-GLYCO-FER CHEYNET
GOUTTES CONCENTRÉES
DE GLYCÉROPHOSPHATE DE FER
ET DE MANGANÈSE
J. CHEYNET, Pharmacien de 1re Classe, lauréat de l'École Supérieure de Paris
33, RUE THOMASSIN, LYON

DRAGÉES DE DUROZIEZ
AU PROTOXALATE DE FER
Chaque Dragée contient 10 centigrammes de Protoxalate de Fer. — Une à deux Dragées au début des deux principaux repas.
3 fr. LE FLACON
Pharmacie DUROZIEZ
58, Boulevard Saint-Michel, PARIS.

TUBERCULOSES
AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME
SOLUTION PAUTAUBERGE
AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ
Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr de sel de chaux.
LA MIEUX TOLÉRÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES
Anticatarrhale et **Antiseptique**, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.
Eupeptique et **Reconstituante**, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.
L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris ET PHARMACIES.

ARCACHON
ENFANTS DÉBILES
CONVALESCENCES
SCROFULES
ET TUBERCULOSES
MAISON DE FAMILLE & DE CONVALESCENCE
Située dans les Pins, à proximité de la Plage
Grand Jardin — Tennis — Gymnastique Suédoise — Massage
SOINS PARTICULIERS POUR JEUNES ENFANTS, ÉDUCATION
Hautes références médicales et familiales
S'adresser à la Directrice : Mme HENRY DUBOIS

Granules de Catillon
A 1 MILLIGR. D'EXTRAIT TITRE DE
STROPHANTUS
2 à 4 par jour produisent une diurèse rapide relèvent le cœur affaibli, dissipent
ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES
Usage continu sans inconvénient ni intolérance.
EXIGER LA MARQUE. Paris, 3, Boulevard St-Martin.

Glycérophosphates
PHOSPHATE VITAL de Jacquemaire
Identique à celui de l'organisme. Entièrement assimilable,
à base de CHAUX, de SOUDE ou de FER
Indiqué dans : *MALADIES des ENFANTS, PHTISIE, Maladies NERVEUSES, CONSOMPTION, CACHEXIE, ALBUMINURIE, CONVALESCENCES*, etc.
1° SOLUTION GAZEUSE ; 2° GRANULÉ ; 3° SOLUTION INJECTABLE ; 4° SIROP
SEUL EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS
L. JACQUEMAIRE, Pharmacien de 1re Classe, à VILLEFRANCHE (Rhône) et toutes Pharmacies.

LYSOL
LE SEUL ANTISEPTIQUE DÉRIVÉ DU GOUDRON
ENTIÈREMENT SOLUBLE DANS L'EAU
FLACON D'ÉCHANTILLON franco
à MM. les médecins qui en font la demande.
Société française du LYSOL, 24, place Vendôme, PARIS

STATION CLIMATÉRIQUE
DE VERNET-LES-BAINS
(PYRÉNÉES-ORIENTALES)
SANATORIUM DU CANIGOU
Pour les maladies de poitrine
Dirigé par le Dr CH. SABOURIN
ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

SOLUTION NORMALE DE
FORMOL
NOUVEAU PRODUIT ANTISEPTIQUE NON CAUSTIQUE et NON TOXIQUE
AGISSANT SURTOUT A L'ÉTAT DE VAPEUR
La puissance antiseptique des **VAPEURS de FORMOL** est *supérieure* à celle du CHLORE, du BROME et de l'ACIDE SULFUREUX.
Elle est incomparablement supérieure à celle de l'ACIDE PHÉNIQUE, du THYMOL, des PHÉNOLS, de l'ESSENCE DE CANNELLE, etc., etc., *sans laisser traces d'odeur.*
Les *linges, tentures, métaux, instruments de chirurgie* et objets quelconques ne sont pas attaqués par les vapeurs du FORMOL.
L'extrême facilité du mode d'emploi du FORMOL supprime toutes les opérations si compliquées de la désinfection par les procédés ordinaires. — Elle met à la disposition de chacun le moyen *d'opérer soi-même la désinfection à domicile* ***sans le secours d'aucun appareil.*** Pour désinfecter une salle ou une chambre de malade avec les objets qu'elle renferme, portes et fenêtres étant fermées, il suffit d'étendre un linge imbibé de la SOLUTION NORMALE de FORMOL sur une corde tendue horizontalement ; on laisse agir les vapeurs pendant 24 heures, on ménage ensuite un courant d'air pendant deux à trois jours
Pour la désinfection d'une armoire, d'un placard, meuble, tiroir, etc., avec ou sans les objets qu'ils contiennent, il suffira d'y laisser un de nos FORMOGÈNES que l'on enfermera dans lesdits meubles.
PANSEMENTS AU FORMOL
(ouate, gaze et bandes) pouvant remplacer avantageusement les pansements au sublimé.
On trouve les préparations de FORMOL dans toutes Pharm. | Vente en gros: 9 et 11, Rue de la Perle, Paris.

PHTISIE
Traitement préventif et curatif par Iode à dose intensive et Phosphate
INNOCUITÉ COMPLÈTE
au moyen des VINS et PILULES IODO-PHOSPHATÉS du Dr FO
Expérimentés depuis 1891, à l'Hôpital de Villepinte. — Brochre fran
JOLLY, 64, Faubourg Poissonnière, PARIS

DIIODOFORME TAINE
AVANT TOUTES LES PROPRIÉTÉS DE L'IODOFORME
sans en avoir les Inconvénients et l'odeur désagréable.
EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX on lui a reconnu produire les mêmes effets que l'Iodoforme ordinaire, comme celui-ci il est **anesthésique, désinfectant** et **antiscrofuleux** ; c'est surtout un agent **cicatrisant** de premier ordre, dont l'efficacité est incomparable dans le traitement de toutes les *affections chancreuses* et de toutes les *plaies vives, accidentelles* ou *chirurgicales*, en un mot de tout ce qui est justiciable de l'Iodoforme.
Son application directe sous forme de poudre ou de pommade est préférable à tout autre mode d'emploi. — Dans ces conditions, on arrive à réaliser des pansements RIGOUREUSEMENT INODORES, ce qui est impossible avec l'Iodoforme et ses préparations.
MARQUE DÉPOSÉE
Se vend en flacon spécialisé de 5 grammes pour être délivré au public sur ordonnance des médecins et en vrac, pour préparations, par divisions de 15, 30, 60, 125, 250 et 500 gr.
BIEN SPÉCIFIER : DIIODOFORME TAINE
Pharmacie TAINE, 7, *Rue du Marché-Saint-Honoré, PARIS* et dans toutes les Pharmacies.
Préparation et Vente en gros : Société Française de Produits Pharmaceutiques, 9, *Rue de la Perle, Paris.*

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF
DÉSINFECTANT ANTIDIPHTHÉRIQUE
CICATRISANT LES PLAIES
Admis dans les hôpitaux de Paris et de la Marine militaire française
PREUVE IRRÉCUSABLE DE SES QUALITÉS
Très efficace contre les **Anthrax, Cancers, Gangrènes, Angines couenneuses, Pityriasis, Leucorrhée, Suites d'accouchements**, etc.
SE DÉFIER DES IMITATIONS

BRONCHITES — TUBERCULOSES — VOIES RESPIRATOIRES
CREOSAL DUBOIS
Envoi franco brochure et échantillons | PARIS, 56, Quai Jemmapes

BRONCHITES — TUBERCULOSES — VOIES RESPIRATOIRES
SUCCINATE DE CRÉOSOTE DUBOIS
Poudre titrée au 1/15e | PARIS, 56, Quai Jemmapes